



Docteur Jean DUBOIS
 FACULTE DE RENNES
 GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
 14, quai de Richemont, 14
 RENNES (Ile-et-Vilaine)
 Téléphone : 40-42-80
 Consultations de 14 heures à 16 h. 30

LE 16 9. 2015

M. le Docteur
 7 Boulevard du Colombier
 + Implants respiratoires chroniques à l'état
 100 jours
 1 prescription tous les 3 jours
 1/1514
 Dr. Hellenic à l'usage - l'usage
 1 prescription tous les 3 jours

M. le Docteur

feuille de soins
auxiliaire médicale)
 N° 1320/54
 Ann. N. 2015 et version de l'Etat de la sécurité sociale
 N° 1, 17 et 18 des parties relatives à l'assurance et des notices de la partie

PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉ(E)
 Nom et prénom
 Adresse de la personne recevant les soins et de la structure
 Adresse de l'assuré(e)
 IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E) IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

PERSONNE RECEVANT LES SOINS DE PART "sans et provisoire" est obligatoirement remplie par l'assuré(e) médical(e)
 Nom et prénom
 Adresse de la personne recevant les soins et de la structure
 Adresse de l'assuré(e)
 IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E) IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))
 Nom et prénom
 Adresse de la personne recevant les soins et de la structure
 Adresse de l'assuré(e)
 IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E) IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E) IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE
 Nom et prénom
 Adresse de la personne recevant les soins et de la structure
 Adresse de l'assuré(e)
 IDENTIFICATION DE L'AUXILIAIRE MÉDICAL(E) IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS
 Malade de longue durée (à remplir si la personne recevant les soins est de longue durée)
 Malade de longue durée (à remplir si la personne recevant les soins est de longue durée)
 Malade de longue durée (à remplir si la personne recevant les soins est de longue durée)
 Malade de longue durée (à remplir si la personne recevant les soins est de longue durée)

ACTES EFFECTUÉS
 Date de l'acte
 Nature de l'acte
 Nombre de séances
 Date de l'acte
 Nature de l'acte
 Nombre de séances

PAIEMENT
 Montant total
 Montant à la charge de l'assuré(e)
 Montant à la charge de l'assuré(e)
 Montant à la charge de l'assuré(e)



Numéro de l'assuré : [REDACTED]
 Nom de l'assuré : [REDACTED]

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 04/09/2015 au 03/03/2016 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 682 8151	70	[REDACTED]	R. L. FRONTALIER
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	ne(e) le/rang
Si aucun message spécifique pour le bénéficiaire, taux applicable pour tous RÉGIME LOCAL FRONTALIER : TOUTES PRESTATIONS A 90% DU 01/06/2015 AU 04/09/2020 SAUF PHARMACIE A 80% (PH4) ET PHARMACIE A 15% (PH2) TRANSPORTS ET HOSPITALISATION A 100% Hospitalisation et soins externes hors budget global [REDACTED] a déclaré un médecin traitant			

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.





